

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



CORRELACIÓN ENTRE LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE LIMA METROPOLITANA

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

Daniel Bedoya Müller

Código 20070123

Eduardo Escudero Arens

Código 20082640

Asesor

Gilmar William Guevara Ortega

Lima – Perú

Septiembre del 2022



**CORRELATION BETWEEN
PSYCHOLOGICAL INFLEXIBILITY AND
PROBLEMATIC ALCOHOL CONSUMPTION
IN ADULTS FROM METROPOLITAN LIMA**

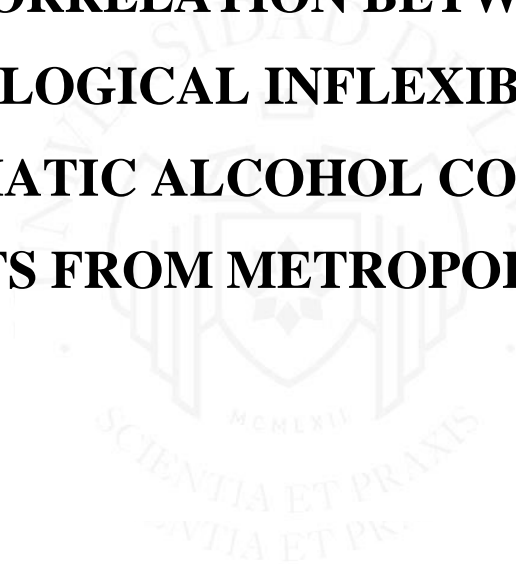


TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Justificación.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Contexto histórico de los sistemas de diagnóstico	15
2.2 El esquema transdiagnóstico	16
2.3 Terapia de aceptación y compromiso.....	17
2.4 Inflexibilidad psicológica.....	20
2.5 Uso de alcohol.....	22
2.6 ACT y uso de alcohol.....	25
CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	27
3.1 Definición de las variables	27
3.1.1 Inflexibilidad psicológica	27
3.1.2 Consumo problemático de alcohol	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	29
4.1 Diseño	29
4.2 Participantes	29
4.3 Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II).....	30
4.4 Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)	31
4.5 Procedimiento de recolección de datos	32
4.6 Estrategias de análisis de datos	32
CAPÍTULO V - RESULTADOS	34

5.1	Análisis descriptivo de los resultados	34
5.2	Confiabilidad y consistencia interna de las pruebas.....	35
5.3	Evaluación de las hipótesis	38
5.4	Consistencia demográfica de la muestra entre géneros.....	39
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN		41
CONCLUSIONES		45
RECOMENDACIONES.....		46
REFERENCIAS.....		47
ANEXOS		60

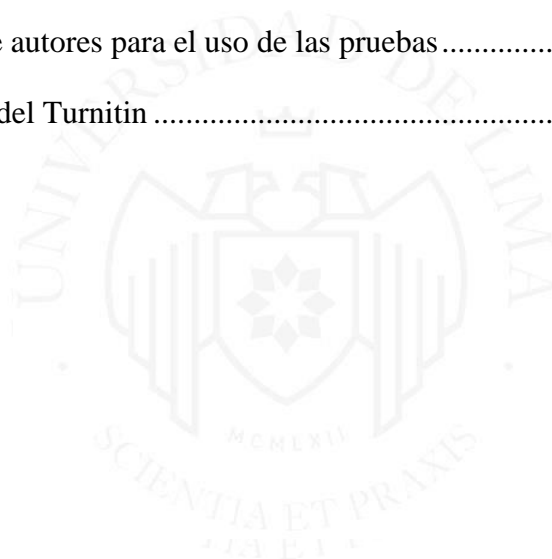


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 Estadísticos descriptivos de las pruebas AAQ-II y AUDIT	34
Tabla 5.2 Coeficiente omega de McDonald para las pruebas AAQ-II y AUDIT.....	35
Tabla 5.3 Coeficiente omega de McDonald por ítem en la prueba AAQ-II.....	35
Tabla 5.4 Coeficiente omega de McDonald por ítem en la prueba AUDIT	36
Tabla 5.5 Estadísticos del análisis factorial confirmatorio para la prueba AUDIT	36
Tabla 5.6 Carga factorial por cada ítem de la prueba AUDIT	37
Tabla 5.7 Puntajes obtenidos en la prueba Shapiro-Wilk por género en las pruebas AAQ-II y AUDIT	38
Tabla 5.8 Puntajes obtenidos en la prueba de correlación de Spearman para las pruebas AAQ-II y AUDIT	39
Tabla 5.9 Distribución de edad en la muestra.....	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado.....	60
Anexo 2: Ficha Sociodemográfica.....	61
Anexo 3: Cuestionario de Aceptación y Acción.....	62
Anexo 4: Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	64
Anexo 5: Cronograma del proyecto	67
Anexo 6: Costo del proyecto.....	68
Anexo 7: Permisos de autores para el uso de las pruebas.....	69
Anexo 8: Resultados del Turnitin	70



RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la correlación que existe entre la inflexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol en población adulta de Lima Metropolitana. Este estudio se realizó aplicando los instrumentos Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) y Prueba de Identificación de Desórdenes del Uso de Alcohol (AUDIT) en una muestra total de 330 participantes (53% femeninos, 47% masculinos, edad mediana de 33.0, rango intercuartil 16.0). La correlación de Spearman fue utilizada como la estrategia de análisis correlacional. A nivel de resultados, correlaciones estadísticamente significativas no fueron identificadas entre las variables a nivel la muestra total ($r = .106, p > .05$) ni en la femenina ($r = .046, p > .05$). En el caso de la muestra masculina, se identificó una correlación positiva estadísticamente significativa de tamaño del efecto débil ($r = .232, p < .05$).

Palabras clave: bebidas alcohólicas, salud mental, correlación

ABSTRACT

The present study was carried out to analyze the correlation that exists between psychological inflexibility and problematic alcohol consumption in the adult population of the Metropolitan Lima area. This study employed the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) and Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) instruments in a sample of 330 voluntary adult participants (53% female, 47% male, median age 33.0, interquartile range 16.0). Spearman's correlation was employed to ascertain the degree of the correlation that exists between both variables. No statistically significant correlation was found among the general sample ($r = .106, p > .05$) or its female component ($r = .046, p > .05$). However, a weak but statistically significant correlation was found in the male population ($r = .232, p < .05$).

Keywords: alcoholic beverages, mental health, correlation

CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La formalización de la psiquiatría a finales del siglo XIX está asociada con el desarrollo de sistemas diagnósticos basados en modelos médicos (Dalglish et al., 2020). Los cuadros sintomatológicos se asociaban con un trastorno mental particular, de la misma manera en la que un médico haría uso de un cuadro clínico para determinar la enfermedad que afligea un paciente. No obstante, existe evidencia de que este acercamiento, tanto a nivel médico como psiquiátrico, tiene limitaciones, tales como la interpretación de conductas de la vida diaria como patológicas y la dificultad para explicar la comorbilidad entre trastornos (Insel, 2014).

De esta manera, uno de los avances más recientes en el diagnóstico y tratamiento psicológico ha sido el desarrollo del modelo transdiagnóstico, el cual, en lugar de centrarse “en lo específico y diferencial, se enfoca en las características comunes que comparten los diferentes trastornos” (Sandín, 2012, p. 181) o redes causales sintomatológicas (Borsboom et al., 2011). Este enfoque explora los factores de riesgo subyacentes al desarrollo de múltiples psicopatologías, ofreciendo mecanismos de tratamiento transversales que abarcan múltiples objetivos (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Así, se enfatiza el desarrollo de modelos teóricos o mecanismos que sean comunes a familias de trastornos mentales (p. ej., a todos los trastornos emocionales, incluidos los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos) (Borsboom et al., 2011).

Por lo tanto, el modelo transdiagnóstico “persigue el desarrollo de protocolos integrados y válidos para un conjunto de trastornos” (Sandín, 2012, p. 182). Es decir, en vez de evaluar y tratar un síntoma específico de una persona, busca encontrar las variables que se puedan presentar en distintos tipos de trastornos mentales. De este modo, al trabajar esta variable, no solo se elimina el síntoma, sino que se puede evitar recaídas o comorbilidad con otros trastornos (Sandín, 2012).

En base a esto, las corrientes psicológicas que actualmente utilizan una conceptualización transdiagnóstica incluyen aquellas denominadas como terapias de “tercera generación”. Estas terapias se desarrollaron dentro del marco conductual durante la década de los noventa, y han tenido como finalidad analizar el contexto de la conducta a tratar, lo cual las terapias cognitivo-conductuales (o de “segunda ola”) habían desestimado (Pérez-Álvarez, 2012).

Entre estas se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso creada por Hayes et al. (1999). Ellos conceptualizaron el constructo de flexibilidad psicológica, definido como la habilidad de la persona para “experimentar pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones” percibidos como desagradables sin juzgarlas ni cuestionarlas, de manera que la persona acepta dichas vivencias en vez de evitarlas (Pérez-Álvarez, 2014). En diversos estudios se ha encontrado una relación directa entre la inflexibilidad psicológica y trastornos de depresión, trastornos de ansiedad, dolor crónico, burnout, estrés postraumático, trastorno de personalidad limítrofe y consumo problemático de alcohol (Boulanger et al., 2010; Churchill et al., 2013; Kaplan et al., 2020; Rosen et al., 2020).

Una de las conductas a las que se ha asociado la inflexibilidad psicológica, aunque con evidencia escasa aún, es el consumo problemático de alcohol (Jaramillo et al., 2022). Esta conducta se encuentra asociada a trastornos mentales y comportamentales, incluidos el alcoholismo, enfermedades no transmisibles, tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Según la OMS, el consumo de alcohol causa anualmente más de 3 millones de muertes, es decir, 1 de cada 20 defunciones en el 2016 es atribuible a este (OMS, 2018). Dentro de las principales consecuencias fatales producidas por el alcohol, se encuentran las lesiones (accidentes de tránsito, autolesiones, etc.) con un 28.7% de incidencia, trastornos digestivos con un 21.3%, enfermedades cardíacas con un 19% y el resto a enfermedades infecciosas, cáncer, entre otros. Asimismo, se ha encontrado una relación entre el consumo de alcohol y la defunción y discapacidad temprana de labores, siendo el causante en un 13.5% de personas entre 20 y 39 años (OMS, 2018). Se estima que alrededor de 280 millones de personas padecen trastornos por consumo de alcohol, siendo Europa la región más afectada en un 14.8% y 3.5% de su población masculina y femenina, respectivamente. América es la segunda región con mayor prevalencia de estos trastornos, con un 11.5% de su población masculina afectada, y 5.5% de su población femenina (OMS, 2018).

Según la OMS (2018), en el Perú, el consumo de alcohol puro promedio entre la población de 15 años de edad o más se encuentra entre 5.0 y 7.4 litros al año. Sin embargo, considerando solo personas bebedoras de alcohol, el consumo per cápita anual se eleva a 11.8 litros, siendo mayor en hombres que en mujeres. Finalmente, aproximadamente el 32% de las defunciones por todas las causas en el Perú puede ser atribuido a patologías

causadas por el consumo de alcohol (Musayón-Oblitas & Meléndez-De La Cruz, 2016).

En relación a lo previamente expuesto, es importante tomar en cuenta que los tratamientos farmacológicos contra el uso del alcohol no previenen la aparición de nuevos consumidores y, normalmente, cuentan con tasas de recaída considerables o efectos secundarios indeseables (Witkiewitz et al., 2019). Aparte, tratamientos farmacológicos contra desórdenes como depresión o ansiedad pueden contar con bajos índices de éxito si el paciente admite un historial de consumo excesivo de alcohol (Chick, 2019).

Adicionalmente, los enfoques basados en la prevención del consumo del alcohol tienen un efecto limitado, ya que la información ofrecida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) muestra que la prevalencia de la conducta se mantiene o sigue en aumento. Más aún, a diferencia de otras sustancias nocivas como el tabaco, marihuana u otras drogas, el alcohol puede ser promovido de forma legal como un bien de consumo en medios impresos, televisivos y radiales, lo cual obstaculiza y contradice el mensaje propuesto por campañas de concientización (Esser & Jernigan, 2018; Witvorapong et al., 2019).

Consecuentemente, es importante notar la evidencia de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) o en personas que sufren de alcoholismo (Luciano et al., 2001; George & de Guzman, 2015). Esto se debe a que las personas suelen consumir alcohol como una conducta evitativa en lugar de experimentar las vivencias percibidas como desagradables (Luciano et al., 2001). Asimismo, un paciente con alcoholismo puede presentar dificultades para regular sus emociones y controlar el estrés, aspectos que suele trabajar esta intervención (George & de Guzman, 2015). Más aún, otro caso reveló que concentrar esfuerzos en trabajar la inflexibilidad psicológica en las primeras etapas de la terapia ayuda a la efectividad del tratamiento contra el alcoholismo (Ehman & Gross, 2019). No obstante, la evidencia que existe sobre la relación entre la inflexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol es escasa y nos invita a realizar más investigaciones.

Considerando la relación entre el consumo del alcohol y el desarrollo transversal de problemas de salud, así como la importancia que la inflexibilidad psicológica tiene como mecanismo de ajuste, se genera la siguiente pregunta: ¿existe una relación entre la inflexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol en adultos de Lima Metropolitana?

1.1 Justificación

El consumo elevado de alcohol en la población adulta es un fenómeno problemático actual que tiene una tendencia histórica de aumento en regiones en vías de desarrollo (OMS, 2018). El Ministerio de Salud del Perú (MINSAL, 2020) reporta haber atendido en el transcurso de enero a junio del 2020 un total de 7,320 casos por consumo excesivo. Existe, por lo tanto, una presente necesidad de ampliar el conocimiento sobre las variables asociadas al consumo problemático de alcohol en el ámbito peruano. Debido a eso, el principal aporte del presente estudio es teórico, ya que busca incrementar el conocimiento disponible sobre el consumo problemático de alcohol en relación a la inflexibilidad psicológica, una variable de un modelo transdiagnóstico y poco estudiada respecto a la problemática en cuestión.

En adición a esto, el estudio de dichas variables podría permitir el desarrollo de propuestas de intervención psicoterapéuticas que complementen los modelos terapéuticos existentes diseñados para prevenir y combatir el consumo dañino de alcohol. Se tiene evidencia de casos donde, utilizando la ACT, se obtuvo efectos positivos sobre casos de alcoholismo (Ehman & Gross, 2019; George & de Guzman, 2015; Luciano et al., 2001); sin embargo, la evidencia de que el mismo efecto positivo se vea replicado en consumos no patológicos es aún escasa. De esta forma, futuros estudios de enfoque práctico pueden servir de los datos y análisis producidos en la presente investigación para el planteamiento y enriquecimiento de programas de prevención e intervención.

La población adulta ha sido elegida ya que, entre ellos, la prevalencia del consumo de alcohol es del 86.2% en población urbana (Castro et al., 2020). Si bien el consumo adolescente se reconoce como problemático (Barry et al., 2016), la edad media de ingesta excesiva de alcohol sigue siendo la adultez (Nair et al., 2016), la cual también está asociada con una mayor tasa de consumo (MINSAL, 2011). Por lo tanto, en la presente se priorizará analizar estos constructos en torno a este segmento de la población.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Contexto histórico de los sistemas de diagnóstico

Existe una preocupación histórica por la categorización de los desórdenes mentales que precede incluso a la disciplina formal de la psicología. Antes de los esfuerzos de formalización del campo en el siglo XIX, no existían modelos diagnósticos que lograran describir adecuadamente la variedad de afecciones y psicopatologías que pudieran presentarse en una persona (Dalglish et al., 2020).

A partir de la filosofía de Hipócrates de Cos, se desarrolla la Teoría de los Cuatro Humores, la cual plantea que el cuerpo está compuesto de cuatro fluidos llamados humores: flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra. Los malestares del cuerpo, incluyendo los desórdenes mentales, eran vistos como producto del desbalance de estos humores (Yapijakis, 2009).

Sin embargo, los avances en el campo de la taxonomía botánica basados en las publicaciones de Linnaeus permitieron desarrollar y establecer nuevas formas de clasificar los desórdenes mentales (Dalglish et al., 2020).

En este contexto, Emil Kraepelin publica en 1883 el Compendio de Psiquiatría, en el cual se establecen las bases para la clasificación de los desórdenes mentales. El sistema nosológico de Kraepelin analiza los desórdenes mediante la observación anatómica, etiológica y clínico-sintomática (como se citó en Heckers y Kendler, 2020). El compendio sería revisado múltiples veces, a medida que la experiencia empírica creciera, los fundamentos filosóficos de Kraepelin madurarán y la comunidad científica contemporánea examinará y debatirá la teoría (Hoff, 2015).

Las ideas de Kraepelin llevarían a la creación del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (Dalglish et al., 2020), el cual, en su tercera versión, publicada en 1980, sentó las bases para un diagnóstico formal basado en el análisis sintomático multiaxial (Mayes & Horwitz, 2005). Este sistema sostiene que un conjunto de síntomas determina un cuadro psicopatológico.

El DSM, hoy en su quinta versión, junto con el *International Classification*

of Diseases (ICD), son dos de los principales pilares de la taxonomía de trastornos mentales. En conjunto, ambos han servido para orientar la investigación académica, políticas de salud pública y el tratamiento de los trastornos mencionados (Dalglish et al., 2020).

Si bien la madurez del DSM y el ICD han permitido que la psiquiatría y la psicología puedan establecer de manera conjunta una categorización de los trastornos mentales y orientar el desarrollo de terapias para tratarlos, nueva evidencia sugiere que la determinación de un diagnóstico mediante análisis clínico-sintomatológico tiene limitaciones (Dalglish et al., 2020; Insel, 2014).

Principalmente, el problema con este sistema de diagnóstico radica en que la clasificación actual de psicopatologías no permite una diferenciación clara cuando se detecta mediante sintomatología. Insel (2014) lo propone claramente al especificar que el síntoma de ansiedad puede deberse a un desorden endocrino, un proceso psicótico, una respuesta ante una droga, o uno de los desórdenes actualmente reconocidos de ansiedad (p. 395).

2.2 El esquema transdiagnóstico

En base a lo expuesto, han surgido nuevos enfoques de tratamiento que son considerados transdiagnóstico. Entre estos, existen los enfoques blandos, que reconocen la clasificación diagnóstica subyacente, pero buscan tratar los cuadros de manera conjunta, y los enfoques duros, que abandonan el sistema diagnóstico establecido por completo y buscan caracterizar las enfermedades en un nuevo marco de referencia (Dalglish et al., 2020).

Ambos modelos ganan prominencia, en gran parte, por el trabajo de Nolen-Hoeksema, quien enfocó su estudio en los procesos de regulación emocional, específicamente el estilo conocido como rumiación (Lyubomirsky et al., 2015). Su trabajo resaltó cómo este método de regulación emocional incrementa la disposición a estados anímicos negativos, lo que lo convierte en un factor de riesgo transdiagnóstico para desórdenes alimenticios, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad y depresión (Lyubomirsky et al., 2015).

Hallazgos como este sugieren que los desórdenes mentales no son categorías discretas, sino espectros o continuos desde un análisis dimensional (Haslam et al.,

2012). Esto evidencia el problema que presentan los tratamientos diseñados para enfocarse en un único desorden, mientras que los tratamientos utilizados en el campo clínico suelen ser combinaciones eclécticas de esos diseños para ajustarlos a la realidad del paciente (Dalglish et al., 2020).

Debido a su novedad, el campo del tratamiento transdiagnóstico continúa estableciéndose. En un meta-análisis de la literatura académica concerniente a la psiquiatría transdiagnóstica, se encontró que son pocos los estudios realizados con hallazgos que pudiesen ser externamente replicados. Esto ocurre porque la mayoría de estudios se centra en torno a la ansiedad y la depresión, y a que han sido de enfoque blando - es decir, que utilizan rasgos de diagnósticos ya establecidos en vez de proponer nuevas nosologías (Fusar-Poli et al., 2019).

No obstante, la literatura parece indicar que estos enfoques sí pueden brindar mejoras al tratamiento clínico de pacientes (van Amelsvoort et al., 2018). Los resultados del meta-análisis de Fusar-Poli y colegas han sido discutidos por McGorry y Nelson, quienes sugieren que dichos resultados no tomaron en cuenta clasificaciones como la taxonomía jerárquica de la psicopatología (HiTOP, por sus siglas en inglés), el factor p y las redes transdiagnósticas (McGorry & Nelson, 2019). En base a esto, Fusar-Poli (2019) plantea que lo que resalta de la investigación original es que el campo aún debe estandarizar sus prácticas nosológicas (Fusar-Poli, 2019).

2.3 Terapia de aceptación y compromiso

En las últimas décadas, han surgido enfoques psicoterapéuticos que utilizan el modelo transdiagnóstico. Uno de estos enfoques es la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), creada por Hayes et al. (1999). Esta es una terapia de tercera generación que se diferencia de su predecesora, la terapia cognitiva conductual, ya que tiene como objetivo que la persona pueda aceptar las distintas problemáticas que pueda estar viviendo, en lugar de buscar eliminar o evitar los síntomas que dichas vivencias traen consigo (Hayes et al., 1999). Ellos plantean que la psicología se ha basado en un modelo médico o biologicista, en donde se encuentra un síntoma y se busca la eliminación de este. En consecuencia, las personas tienden a evitar experimentar sensaciones desagradables ya que las

perciben como negativas y anormales (Luciano & Hayes, 2001).

La ACT establece que el modelo psicológico debe ser un modelo basado en el lenguaje, ya que es a través de este que las personas adquieren el conocimiento y desarrollan esquemas mentales que les permiten interpretar e interactuar con el mundo (Hayes et al., 1999). Asimismo, es mediante el lenguaje que los seres humanos pueden acceder a la introspección (Luciano & Wilson, 2002). Para la ACT, la introspección es en donde se genera el sufrimiento de las personas, pues éste nace de la valorización que la persona le da a un evento en base a sus experiencias pasadas y/o procesos internos (Hayes et al., 1999). En otras palabras, las personas van formando su percepción del mundo en base a su capacidad para relacionar eventos y otorgarles un significado simbólico.

Tomando esta premisa, Hayes (1996) creó la teoría del marco relacional. Esta teoría busca explicar la forma en la cual las personas se relacionan con su entorno y forman una interpretación simbólica del mismo en base al lenguaje y la cognición. Hayes plantea que las personas van generando patrones mentales en base a sus experiencias vividas. Estos incluyen reglas que les permiten interpretar una situación e interactuar con ella. Adicionalmente a los patrones que se surgen en respuesta a eventos concretos, las personas tienen la capacidad de crear otros en base a información que no se les ha sido explícitamente enseñada (Pérez, 2014). Debido a sus propiedades, los marcos relacionales son aplicables a diferentes contextos de forma arbitraria y funcional, lo que permite responder a un estímulo específico en términos de otro (Hayes et al., 2001).

De esta manera, los marcos relacionales se dividen en tres propiedades: implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de funciones (Hayes et al. 2001). La primera consistente en la relación bidireccional de dos estímulos, donde mediante un proceso de equivalencia mediado por lenguaje, se puede inferir la relación entre ellos. Por ejemplo, establecer una relación entre una palabra como *significante* y su contraparte material como *significado* (Hayes et al., 2014). La segunda propiedad hace referencia a una situación en donde se combina la información de dos relaciones para inferir una tercera. A manera de ejemplo, si Perú es más grande que Ecuador y Brasil es más grande que Perú, Brasil debe ser más grande que Ecuador. Finalmente, la transformación de funciones se refiere a cambios en las funciones de los estímulos por formar parte de una red en el que

están relacionados con un tercero (Pérez, 2014). Por ejemplo, una persona puede considerar una agrupación política y sus partidarios como corruptos. Debido a estos esquemas, la persona podría reevaluar amistades cercanas si se enterase que estas simpatizan con dicha agrupación. Es decir, la percepción del grupo político influencia negativamente en la valorización de la amistad en este ejemplo. Es importante tomar en cuenta esta última propiedad, ya que para la ACT podría ser la causante del sufrimiento en las personas (Hayes et al., 2014).

Para la ACT, el sufrimiento psicológico es inevitable y ha sido necesario para evolucionar como especie (Luciano & Wilson, 2002). Por ejemplo, los pensamientos ansiosos nos permiten anticipar situaciones en donde la persona podría estar en riesgo; asu vez, los pensamientos de tristeza permiten valorar la pérdida de algo o alguien que hasido importante para la persona. Asimismo, es natural que las personas busquen evitar el sufrimiento emocional, ya que puede ser entendido como una respuesta evolutiva en donde la persona busca protegerse (Luciano & Wilson, 2002).

No obstante, existen cuatro condiciones en donde la evitación del sufrimiento emocional puede ser perjudicial para la persona (Hayes et al., 1999). La primera se da cuando el proceso de evitación necesariamente contradice el resultado deliberado. Por ejemplo, cuando la persona trata de evitar un pensamiento, pero al buscar evitarlo de manera activa está nuevamente evocando ese pensamiento. La segunda condición se da cuando el comportamiento objetivo de interés no es susceptible al control de la persona y, por ende, el mismo intento de control solo empeora la situación. Por ejemplo, cuando una persona siente mayor ansiedad por buscar evitar estar ansiosa. La tercera condición se da cuando el objetivo que se persigue es posible, pero el esfuerzo de alcanzarlo conlleva a conductas perjudiciales para la persona. Por ejemplo, cuando una persona utiliza drogas o alcohol para evitar experimentar sensaciones negativas. La última condición se da cuando la persona quiere evitar o eliminar un evento que no puede ser cambiado o evitado. Como, por ejemplo, intentar evitar o detener la muerte de algún familiar o ser querido.

Es por lo previamente descrito que la ACT plantea un método en donde el objetivo no es eliminar o cambiar los síntomas, sino cambiar la relación que la persona tiene con sus propias experiencias (Luciano & Wilson, 2002). Esto se logra

mediante un modelo que describe seis procesos que contribuyen a la formación del sufrimiento emocional en la persona y las seis estrategias correspondientes de intervención (Luciano, 2016).

El primer proceso mencionado es la fusión cognitiva, la cual consiste en la incapacidad para diferenciar la actual cadena de pensamiento de los productos del mismo. Por ejemplo, una persona puede tener un pensamiento de soledad “me siento solo”, fusionarlo con características de la misma persona y llegar a conclusiones como “voy a estar siempre solo, mejor no hago nada al respecto” (Hayes et al, 2011).

Como estrategia de intervención, la ACT plantea la defusión cognitiva, la cual busca enseñar al paciente que los pensamientos son solo representaciones figurativas de cada uno y no necesariamente definen la realidad de una persona (Eifert & Forsyth, 2005).

El segundo proceso es la evitación experiencial. Este se da posterior a un proceso de fusión con un evento desagradable y la persona busca evitar experimentarlo a toda costa (Hayes et al., 1999). Como lo mencionamos previamente, hay circunstancias en las cuales la evitación es contraproducente para la persona. Es por este motivo que la ACT plantea la aceptación como estrategia de regulación. Esto consiste en dejar de rechazar la experiencia de sufrimiento, así como de percibirla como anormal o catastrófica. Este proceso ayuda a evitar juzgar las emociones negativas y a estar defensivos frente a las mismas (Eifert & Forsyth, 2005).

El tercer proceso es la atención inflexible. Esto ocurre cuando la persona, posterior a un proceso de fusión, deja de vivir el momento presente. La ACT plantea que el momento presente es lo único que realmente existe para la persona, pues los pensamientos del pasado o futuro sólo existen en la introspección de cada uno (Luoma et al., 2007). Como estrategia de intervención, plantean la atención flexible, la cual consiste en brindar a la persona herramientas para poder concentrarse en el momento presente sin dejar que sus pensamientos a futuro o pasado tomen el control.

El cuarto proceso es la vinculación al “yo conceptual”. Este se forma cuando en la persona ocurre una fusión extrema con sus pensamientos. Se da cuando una persona busca definirse mediante los pensamientos que puede tener sobre sí misma.

La limitación de este proceso es que la persona defiende de manera fehaciente estas creencias y le es difícil poder cambiarlas. Por ejemplo, una persona puede pensar “yo no soy digno de ser amado” y lo encuentra como una característica de sí mismo. Como estrategia de regulación, la ACT plantea el “yo” como concepto. Este busca enseñar a la persona a observar sus pensamientos y entender que sus narrativas internas son solo eso (Eifert & Forsyth, 2005).

El quinto proceso es la pérdida de dirección, la cual se da cuando la persona conceptualiza sus valores idealizados como las metas que debe cumplir. Esto crea exigencias que limitan su funcionamiento adecuado. En otras palabras, la persona se encasilla en los objetivos que debe cumplir, y, en caso no puedan lograrse, se produce sufrimiento como consecuencia (Hayes et al., 2006). Como mecanismo de intervención, la ACT plantea la vida enfocada en valores. Esta busca enseñar a la persona que los valores o metas son una guía y no un deber que se tiene que cumplir.

El último proceso es la inactividad y la persistencia evitativa, que consiste en estar prioritariamente centrados en evitar emociones dolorosas, lo cual genera que la persona pierda la capacidad para ser consciente del momento presente y pierde la capacidad para actuar (Hayes et al., 2006). Como contra medida, la ACT plantea las acciones comprometidas, las cuales consisten en enseñar al paciente a avanzar en base a sus propios valores y utilizan distintas técnicas para lograrlo, como, por ejemplo: la exposición, la adquisición de habilidades, el manejo de contingencias y la activación conductual (Luoma et al., 2007).

2.4 Inflexibilidad psicológica

Las personas experimentan pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones que a veces son percibidos como desagradables. La flexibilidad psicológica es un concepto previamente descrito como la habilidad de la persona para procesar las actividades cognitivas mencionadas sin juzgarlas ni cuestionarlas, de manera que la persona termina aceptando dichas vivencias en vez de evitarlas (Pérez-Álvarez, 2014).

Como se ha mencionado previamente, esta es una variable transdiagnóstica, ya que se han encontrado correlaciones inversas significativa con otras patologías como, por ejemplo, depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, hostilidad,

psicoticismo, ideación paranoide, ansiedad social, entre otras (Romero & García-Lecumberri, 2018). Asimismo, cabe resaltar que al estudiar dicha variable y comparar los resultados entre géneros, se ha encontrado que las mujeres suelen tener puntuaciones ligeramente más bajas en instrumentos que la miden (Mellin & Padrós, 2021). Este fenómeno se ha observado en varias investigaciones (Bond et al., 2011; Eisenbeck & Szabó-Bartha, 2018; Karekla & Michaelides, 2017; Žuljević et al., 2020). No obstante, en todas las investigaciones se reporta un tamaño del efecto bajo.

Esta variable ha ido cambiando durante la evolución de la ACT, en donde, paulatinamente, se ha modificado tanto su definición como su uso. Para Luciano (2016), existen tres etapas en la ACT las cuales describe como infancia, adolescencia y adultez. En cada etapa ha ido cambiando la percepción que se tiene sobre sus propiedades transdiagnósticas.

La primera etapa, la niñez, ocurre cuando Hayes et al. (1999) crean la ACT y plantean como principal variable transdiagnóstica el trastorno de evitación experiencial (TEE). Este, como se ha descrito previamente, consiste en que la persona no está dispuesta a establecer contacto con experiencias privadas de malestar (Hayes, 1996; Luciano & Wilson 2002) y busca tener una sensación de bienestar a corto plazo. No obstante, la evitación constante de experiencias desagradables lleva a que la persona olvide cómo afrontarlas, se plantee objetivos de vida en base a la evitación y que, a la vez, prolongue el malestar de dichas experiencias (Luciano, 2016).

Es aquí donde se crea la primera variable transdiagnóstica de la ACT, ya que se encuentran correlaciones entre el TEE y los trastornos de ansiedad, depresión e impulsividad (Luciano, 2016). Es por este motivo que en los primeros años de la ACT se tiene como objetivo eliminar el TEE para poder beneficiar al paciente. Esto lo logra utilizando técnicas de *mindfulness* y aceptación, en donde se busca que el paciente pueda identificar el patrón actual que le está generando malestar y cambiarlo por uno flexible que le permita seguir un camino que esté ligado a sus valores (Hayes et al., 1999; Luciano & Wilson 2002).

La segunda etapa, llamada adolescencia en la ACT (Luciano, 2016), se caracteriza por tener una abundancia de investigaciones, cuyos hallazgos científicos

llevaron a la modificación de la terapia. El mayor cambio fue dejar de usar la variable del TEE como principal método de intervención y se reemplazó con el término de inflexibilidad psicológica. Con esto, se buscó tener una variable más inclusiva y que pudiera trabajar con mayor eficacia los distintos trastornos psicológicos.

Para crear la variable de inflexibilidad psicológica se creó el hexaflex, el cual, como se ha descrito en el apartado 2.3 de la presente, cuenta con seis características que pueden generar inflexibilidad psicológica (la fusión cognitiva, la evitación experiencial, la atención inflexible, la vinculación al yo conceptual, la pérdida de dirección y la inacción). Además, cuenta con seis intervenciones para cada proceso (la defusión cognitiva, la aceptación, la atención flexible con el presente, el “yo” como concepto, la vida enfocada en valores y la acción comprometida; Luciano, 2016). Como podemos observar, el TEE pasó a ser una variable dentro de la inflexibilidad psicológica y la terapia se basó, desde este momento, en generar flexibilidad en los pacientes.

La última etapa, denominada por Luciano como adultez, ocurre cuando el hexaflex empieza a ser criticado en el 2012. Esto sucedió debido a las dificultades que presentaron los investigadores para detectar los supuestos procesos diferenciales de sus componentes (Foody et al., 2013).

Es por este motivo que Törneke et al. (2015) junto a Villatte et al. (2016) postulan una nueva definición sobre la inflexibilidad psicológica. En esta, definen que los humanos aprendemos a seguir reglas e interactuar con la conducta propia, y es en la fusión de ambos procesos donde se produce un patrón mediante el cual la persona define lo que caracteriza como éxito o fracaso. Por ende, la inflexibilidad estaría dentro de este patrón, el cual dificulta el bienestar de la persona al anteponer logros socialmente normativos por encima de los que la persona pudiera realmente valorar.

2.5 Uso de alcohol

El consumo de alcohol es una de las causas principales del deterioro de la salud, donde cualquier nivel de ingesta es considerado potencialmente dañino y asociado a un riesgo de mortalidad elevado (Knox et al., 2019). Adicionalmente, el consumo

excesivo de la sustancia genera cargas financieras y psicológicas en los familiares, amigos y demás personas que rodean a la persona con el hábito (Lewis-Laietmark et al., 2017), además de las consecuencias que genera sobre el mismo consumidor. Los riesgos a la salud asociados con el consumo de alcohol incluyen el desarrollo de enfermedades crónicas entre las cuales se encuentran enfermedades hepáticas, la degeneración del sistema nervioso, pancreatitis crónica, gastritis, miopatías y cardiomiopatías (Shield et al., 2013). Más aún, la ingesta de alcohol ha sido descrita como una causa subyacente para la formación de tumores y el desarrollo de cánceres en los usuarios (Rehm et al., 2020).

Debido a esto, beber alcohol de manera excesiva eleva la tasa de discapacidad en un país e incrementa los costos asociados a su cuidado, así como afecta la capacidad productiva de una nación (Samokhvalov, et al., 2010). Concretamente, en el Perú, el consumo de alcohol ocasiona una pérdida potencial de 30 años de vida, lo cual tiene ramificaciones de salud tanto como económicas. En conjunto, esto genera 57,223 años de vida perdidos, de los cuales el 60 se atribuyen a la población masculina entre 15 y 44 años de edad (Musayón- Oblitas et al., 2010; Musayón-Oblitas & Meléndez-De la Cruz, 2016).

Adicionalmente, el uso de alcohol está relacionado con el aumento de violencia doméstica (Burge et al., 2019; Guclu & Can, 2018), accidentes de tránsito (Abreu et al., 2010; Begg et al., 2017; Das et al., 2012; Nogueira et al., 2016), embarazos prematuros (Sun & Manuck, 2019; Weile et al., 2020) y no deseados (Flanagan & Kokotailo, 1999; Panova et al., 2016; Yakubu & Salisu, 2018). Estas consecuencias significan costos adicionales para el sistema de salud y las personas afectadas, no solo desde un punto de vista económico, sino además, por los efectos psicológicos que dichas situaciones generan en los consumidores y su entorno.

Asimismo, el alcohol es la sustancia con potenciales efectos nocivos más consumida en la mayoría de poblaciones adultas a nivel nacional e internacional. De acuerdo al INEI, el porcentaje de la población peruana mayor de 15 años que ha consumido alcohol aumentó del 66.9% a 68.9% desde el 2014 al 2018, comparado al consumo de cigarrillos en el mismo periodo que disminuyó del 20.3% al 18.9% (INEI, 2018). La variación proporcional no controla el crecimiento poblacional en esos periodos, por lo que estas diferencias en consumo a nivel absoluto son considerables y se vuelven más notorias con el paso del tiempo. El informe del INEI

arroja, además, que más del 90% de la población ha probado alcohol alguna vez y que esa tasa va en aumento desde el 2014 (INEI, 2018).

A pesar de la gravedad y prevalencia del problema, los trabajadores de salud que no están especializados en el tratamiento por consumo de alcohol no cuentan con los conocimientos necesarios para prevenir, identificar y tratar el consumo problemático de alcohol (Knox et al., 2019). Asimismo, el uso desmesurado de alcohol muchas veces tiene comorbilidades con otras patologías, lo que aumenta el riesgo de recaídas al mismo tiempo que disminuye la efectividad de los tratamientos (Knox et al., 2019; Nolen- Hoeksema & Corte, 2004).

Debido a esto, los tratamientos para este hábito han buscado anticiparse al inicio del consumo, enfocándose en tomar medidas preventivas. Estudios realizados en poblaciones en edad escolar revelan que el uso de alcohol normalmente precede el consumo de múltiples sustancias, como el tabaco y la marihuana, y subrayan la necesidad de prevenir el inicio de la ingesta de alcohol (Barry et al., 2016).

Por otro lado, los factores de riesgo para el consumo de alcohol no son consistentes a través de la población (Nolen-Hoeksema & Corte, 2004). Las distintas expectativas y roles de género causan un acercamiento diferenciado al uso de alcohol, lo que tiene como efecto que los factores de riesgo de uso sean distintos entre ambos géneros (Nolen-Hoeksema & Corte, 2004).

En Perú, la tendencia de consumo de alcohol es más alta en varones que mujeres. Un estudio realizado en personas de edad entre 17 y 20 años, muestra que la tasa de consumo es de 35.5% en varones y 25.2% en mujeres. No obstante, el estudio demuestra que entre el 2007 y el 2017, la brecha entre ambos se ha acortado, tanto a nivel mundial como nacional (Cabanillas-Rojas, 2020; Erol & Karpyak, 2015).

Esta diferencia en el consumo se puede deber a varias causas. Primero, se ha reportado una mayor facilidad para absorber el alcohol en el género femenino (Erol & Karpyak, 2015; Schulte et al., 2009). Esto conlleva a una elevada susceptibilidad de las mujeres para generar dependencia hacia el consumo problemático del alcohol; por ende, genera problemas relacionados a la salud. Segundo, existe una mayor vulnerabilidad a ser agredidas sexualmente bajo el consumo de alcohol (Devries et al., 2014). Finalmente, la presión social hacia las

mujeres respecto a tener un “rol maternal y ser responsable de la unidad familiar” puede disuadir del consumo de alcohol (Alonso & Liria, 2018, p. 1).

Un metaestudio a nivel internacional detalla importantes distinciones que existen entre cada género respecto a la percepción que tienen sobre el consumo de alcohol. El estudio detalla que las mujeres son más propensas a consumir alcohol en grandes cantidades cuando experimentan emociones altamente desagradables, mientras que los hombres reportan consumos elevados en respuesta a emociones positivas (Erol & Karpyak, 2015). Además, un estudio en poblaciones periurbanas de Lima demuestra que los varones tienen expectativas positivas respecto al consumo de alcohol como mecanismo para facilitar encuentros o su actividad sexual (Gálvez-Buccollini et al., 2009). Finalmente, el aumento de la edad está asociado con una disminución del consumo problemático de alcohol (Hernández-Vásquez et al., 2022).

Dados los riesgos asociados al consumo de alcohol y su relación tanto con causas como efectos patológicos, los modelos de tratamiento están empezando a tomar en cuenta que tratar la ingesta excesiva de alcohol de manera directa no es el método más efectivo. Los tratamientos farmacológicos asociados al consumo de alcohol en sí - bien sea con disulfiram, acamprosato o naltrexona - muestran que la efectividad depende de la capacidad del paciente para sobrellevar los efectos secundarios que generan los mismos (Witkiewitz et al., 2019). Por otro lado, los tratamientos farmacológicos asociados a la atención de la depresión o ansiedad comórbidas al uso de alcohol no son efectivos a largo plazo y muestran elevadas tasas de recaída (Chick, 2019).

2.6 ACT y uso de alcohol

En contraste a lo previamente mencionado, el uso de la ACT ha empezado a estudiarse como un modelo de tratamiento más completo. Esto es debido a que hay evidencia que sugiere que el tratamiento del uso de alcohol y del alcoholismo con la ACT cuenta con mejores índices de duración de la abstinencia acumulativa comparado a pacientes que recibieron tratamientos integrados tradicionales (Thekiso et al., 2015).

Desde una perspectiva amplia, la ACT ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de abuso de sustancias. En el 2015, un meta-análisis de 10 estudios

aleatorios con grupos de control que comprenden un total de 1386 participantes revelaron que la ACT muestra ser una intervención prometedora para el tratamiento de abuso de sustancias – como tabaquismo, opiáceos y otras drogas - en comparación con otras terapias y tratamientos. (Lee et al., 2015).

Adicionalmente, la ACT ha mostrado ser una forma alternativa eficaz de tratamiento al desorden en el consumo de alcohol, en particular en aquellos que no han estado respondiendo positivamente ante previos tratamientos del mismo (Byrne et al., 2019). Más específicamente, entre pacientes que sufren de dolor crónico, individuos con altos niveles de *mindfulness* y de flexibilidad psicológica, se encontraron menores índices de recaídas y abuso de sustancias ilícitas (Rosen et al., 2020).

En un caso clínico estudiado por Ehman y Gross en 2019, propusieron que la efectividad del tratamiento se debe a que se desarrolló la flexibilidad psicológica en el paciente, lo que le permitió afrontar sus emociones complejas durante el transcurso de las sesiones.

No obstante, el análisis de la relación que existe entre el constructo de inflexibilidad psicológica y el consumo de alcohol no ha sido estudiado directamente y solo se encuentran menciones alusivas en las investigaciones (Byrne et al., 2019; Kaplan et al., 2020; Rosen et al., 2020).

CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

El objetivo de la presente investigación es determinar la correlación que existe entre la inflexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol en la población adulta de Lima Metropolitana. Asimismo, se busca comparar si es que la relación es consistente en función del género de los participantes.

Partiendo de los objetivos y el marco teórico previamente expuesto, se proponen las siguientes hipótesis:

H1: Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la inflexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol en adultos de Lima Metropolitana.

H2: Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la inflexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol en hombres de Lima Metropolitana.

H3: Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la inflexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol en mujeres de Lima Metropolitana.

3.1 Definición de las variables

3.1.1 Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica se define como el constructo inverso a la habilidad de la persona para procesar las actividades cognitivas mencionadas sin juzgarlas ni cuestionarlas, de manera que la persona termina aceptando dichas vivencias en vez de evitarlas (Pérez-Álvarez, 2014).

Asimismo se define operacionalmente según los puntajes obtenidos en Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II), adaptada a nuestro medio por Aramburú (2020), en donde a mayor puntuación, mayor será la inflexibilidad psicológica.

3.1.2 Consumo problemático de alcohol

El consumo problemático de alcohol se entiende, a manera teórica, como la conducta de consumo que interfiere con el desenvolvimiento normal de la persona en sus actividades diarias.

Para efectos de la presente, a manera operacional, se define el consumo problemático según el puntaje obtenido de la aplicación del Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), versión en español (Rubio et al., 1998), adaptada al ámbito peruano (Aramburú, 2017). Las puntuaciones más altas obtenidas de la aplicación de la prueba son evidencia de una mayor probabilidad de presentar un patrón de consumo que pudiera interferir con el bienestar físico, mental o social del consumidor, o su entorno.



CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño

La presente investigación es un estudio cuantitativo, correlacional y no-experimental transversal. Es cuantitativa en tanto evalúa las variables utilizando mediciones recogidas de una población de análisis, las cuales serán examinadas utilizando métodos estadísticos. Es correlacional debido a que se busca encontrar el grado de relación que existe entre las variables a evaluar. Es no-experimental dado a que las variables están midiéndose según su estado en el campo natural y no existe un grado de manipulación, al mismo tiempo que es transversal debido a que la medición se efectúa en un momento único (Hernández & Mendoza, 2018).

4.2 Participantes

La población de estudio está conformada por personas que actualmente residen en Lima Metropolitana, de ambos sexos y que tengan mínimo 18 años de edad.

Para la selección de los participantes del estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Es no probabilístico debido a que no se lleva a cabo un proceso de selección sistematizado en el que todos los integrantes tienen la misma probabilidad de ser elegidos, y es por conveniencia puesto que se incorporan al estudio los casos disponibles a los que se tuvo acceso (Martínez-Salgado, 2012).

Para la investigación se estableció una muestra mínima de 153 participantes por cada grupo de género, utilizando el cálculo a través del programa G*Power (Faul et al., 2009), en el cual se busca analizar la correlación bivariada de una cola con el propósito de correlacionar dos variables y la hipótesis es direccional. Basándonos en el mínimo recomendado para ciencias sociales, (Ferguson, 2009) se espera que la investigación tenga un tamaño del efecto de al menos .20. Por último, se asumirá un error alfa de .05 y una potencia estadística de .80 (Cohen, 1992).

Durante el procedimiento de recolección de datos, la muestra final que conforma la investigación se compuso de 356 resultados. De estos, se descartaron 26 casos por no cumplir con los requisitos de vivir en Lima Metropolitana o ser mayor de edad. Esto dejó 330 casos válidos, conformados por 175 mujeres y 155 varones. La mediana de edad para la muestra general es de 33.0 (mín. = 18; máx. = 87; rango intercuartil [IQR] = 16).

Para la población femenina, la mediana de edad fue de 36.0 (mín. = 20; máx. = 87; IQR =26) y la población masculina tuvo una edad mediana de 32.0 (mín. = 18; máx. = 68; IQR =13).

4.3 Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II)

El Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – I) (Hayes et al., 2004) fue creado con el fin de medir la evitación experiencial, la cual se entiende como la baja disposición de la persona para establecer contacto con las experiencias privadas de malestar (Hayes, 1996). La versión original del instrumento cuenta con una estructura unidimensional de 9 ítems que se responden bajo un modelo de escala Likert del 1 al 7. No obstante, ante la acumulación de evidencia, se demostró que esta prueba contaba con una confiabilidad solo aceptable y una validez de constructo inestable. Es por este motivo que se crea el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011). Este cuestionario posee una estructura unidimensional compuesta por 7 ítems que se responden bajo un modelo escala Likert del 1 (nunca es verdad) al 7 (siempre es verdad). A diferencia de su predecesor, esta prueba busca medir la Inflexibilidad Psicológica, ya que la ACT en ese momento había actualizado este nuevo constructo, el cual incluye la evitación experiencial, entre otras variables (Bond et al., 2011).

Posteriormente la prueba AAQ-II fue adaptada lingüísticamente al español (Ruiz et al., 2013) y luego fue nuevamente validada por Aramburú (2020) para el ámbito peruano. En la adaptación de Aramburú, la prueba fue evaluada por criterio de expertos para analizar las evidencias de validez basadas en el contenido del instrumento (American Educational Research Association [AERA] et al., 2014). Posteriormente, se realizó un análisis factorial exploratorio en donde se encontró una estructura unidimensional, que señaló que dicho factor explicaba el 64% de la varianza común y los ítems presentaban cargas factoriales mayores a .69. Asimismo, se corroboró dicha estructura mediante un análisis factorial confirmatorio ($\chi^2 = 46.4$; $p < .001$; $NC = 3.87$; $CFI = .97$; $RMSEA = .097$). Además, se halló evidencia de confiabilidad mediante un coeficiente omega de .88, así como evidencia de discriminación por los ítems con una correlación ítem–test superior a .60. También se encontró evidencia de validez basada en la relación con otras variables

mediante una correlación positiva con depresión ($r = .56$; $p < .001$) y negativa con bienestar psicológico ($r = -.53$; $p < .001$).

4.4 Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)

El Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por el equipo de Bador et al. (2001). El instrumento fue desarrollado para la detección de patrones de consumo perjudicial de alcohol y para ayudar al entorno clínico a identificar a personas vulnerables que pudieran beneficiarse de la reducción o eliminación completa de su consumo. La variable de consumo perjudicial está definida como “aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos incluyen también consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol” (Bador et al., 2001).

El instrumento está compuesto por 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y un recuento de problemas o impedimentos causados por el consumo de alcohol. La duración de la aplicación de la prueba es aproximadamente de dos minutos. Los ítems son de tipo Likert y la puntuación total del cuestionario va de 0 a 40. Puntuaciones más altas son indicativas de patrones de consumo perjudiciales, con una valla de 8 para hombres y 7 para mujeres, siendo el indicador de que el evaluado se encuentra en la población de riesgo (Bador et al., 2001).

Como prueba, el AUDIT ha sido validado en el idioma castellano y catalán (Contel et al., 1999). Adicionalmente, la prueba ha sido evaluada en términos de su validez de constructo en Colombia, en una población universitaria de 459 estudiantes entre 16 a 38 años, con un alfa de Cronbach de .769 (Ospina-Díaz et al., 2012), en una población de 256 estudiantes de medicina entre 18 a 33 años con un alfa de Cronbach de .792 (Campo-Arias et al., 2013), y en una población de 1309 estudiantes entre 18 a 65 años en Cádiz con un alfa de Cronbach de .75 (García et al., 2016).

Para la presente investigación se utilizó una adaptación lingüística para Perú (Aramburú, 2017), la cual se realizó en una población de 660 estudiantes universitarios de Lima. Para la adaptación se utilizó la opinión de jueces expertos para evaluar la validez del contenido de la prueba (AERA et al., 2014). Para la evaluación de la validez de la estructura interna de la prueba, se realizó un análisis factorial exploratorio, el cual sugiere

que la prueba tiene una estructura unidimensional. Este único factor explica el 71.31% de la varianza total y la totalidad de los ítems mostraba una carga factorial aceptable. La adaptación obtuvo una consistencia interna de .80 en el alfa de Cronbach y un alfa ordinal de .90, con un error estándar de medida (EEM) de 1.57.

4.5 Procedimiento de recolección de datos

A partir de la actual coyuntura respecto al riesgo de contagio y transmisión del COVID-19, surge la necesidad de realizar las pruebas de manera digital. Esto evita la exposición entre evaluadores y evaluados, lo cual impide que el proceso de investigación cause un potencial contagio entre poblaciones separadas.

Para la recolección de datos, se prepararon las pruebas como formularios digitales. Estos formularios fueron entregados a los participantes a través de un enlace virtual, mediante el cual fueron invitados a participar. Los participantes se escogieron dentro de la población adulta al alcance de los investigadores mediante el uso de redes sociales.

Los formularios contienen las preguntas correspondientes a las adaptaciones de las pruebas previamente mencionadas, además de una sección para la recolección de datos demográficos, específicamente la edad y el género de los participantes. Además, incluyen una ficha de consentimiento informado, la cual establece cuál será el alcance del uso de los datos presentados, el compromiso al anonimato y el objetivo del estudio.

4.6 Estrategias de análisis de datos

Una vez recolectados los datos, se utilizó el programa Jamovi versión 1.6 (The Jamovi Project, 2021) para el análisis de los mismos. Jamovi se utiliza por encima de SPSS debido a su disponibilidad como software libre, a la facilidad para cargar los archivos con la información de los resultados y a que contiene funciones que implementan las técnicas de procesamiento detalladas debajo.

Como paso previo, se estimó la confiabilidad de las puntuaciones de los instrumentos mediante el coeficiente de omega (McDonald, 1999). De esta forma, se validó que la información recogida está dentro de lo esperado y así se podrán evitar anomalías en los hallazgos. Valores de confiabilidad por encima de .70 nos indicarán que los resultados obtenidos son veraces (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017).

De los dos instrumentos a utilizar, solo el AAQ-II ha sido validado respecto a la población evaluada por la presente investigación. Para confirmar que la validez de la estructura interna del AUDIT se mantiene en la presente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) (AERA et al., 2014) para evaluar que la estructura de la prueba es unidimensional, de acuerdo con lo planteado en su adaptación en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana (Aramburú, 2017). Esto se realizó utilizando el programa Factor en su versión 12.01.02 (Universitat Rovira i Virgili, 2021).

Posteriormente, se calcularon estadísticos descriptivos para los puntajes de las variables (media, desviación estándar, puntaje mínimo, puntaje máximo, asimetría y curtosis) con el propósito de evaluar los datos a nivel preliminar.

Asimismo, se evaluó la distribución de las puntuaciones mediante la prueba de normalidad Shapiro-Wilk. Debido a que los resultados de la muestra no evidenciaban una distribución normal, se utilizó el método de correlación de Spearman, la cual no depende de una distribución subyacente específica (Zar, 2005). Este coeficiente fue utilizado para someter a prueba las hipótesis de la presente investigación.

CAPÍTULO V - RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de los análisis de confiabilidad y de estructura interna de las pruebas. Adicionalmente, se presentan los estadísticos descriptivos de la información recogida por las mismas. Posterior a esto, se ofrece un análisis de la consistencia demográfica de la muestra. Finalmente, se expone el resultado de la correlación entre las variables de interés, al igual que la correlación de estas al analizarlas bajo la dimensión de género.

5.1 Confiabilidad y consistencia interna de las pruebas

Para evaluar la confiabilidad de los resultados, se presenta el coeficiente omega de McDonald para ambas pruebas. Los resultados totales de cada prueba se presentan en la tabla 5.1. Los resultados de confiabilidad para ambas pruebas se encuentran por encima de .85. Al encontrarse por encima de .70, esto indica un alto grado de confiabilidad de los resultados obtenidos (Ventura-León & Caycho-Rodríguez., 2017). Se presentan además los resultados desagregados por cada ítem para el instrumento AAQ-II en la tabla 5.2 y para el AUDIT en la tabla 5.3

Tabla 5.1

Coficiente omega de McDonald para las pruebas AAQ-II y AUDIT

Prueba	Omega de McDonald
AAQ-II	.916
AUDIT	.860

Tabla 5.2

Coficiente omega de McDonald por ítem en la prueba AAQ-II

Ítem de la prueba AAQ-II	Omega de McDonald
Ítem 1	.907
Ítem 2	.905
Ítem 3	.906

(continúa)

(continuación)

Ítem de la prueba AAQ-II	Omega de McDonald
Ítem 4	.896
Ítem 5	.903
Ítem 6	.907
Ítem 7	.899

Tabla 5.3

Coefficiente omega de McDonald por ítem en la prueba AUDIT

Ítems de la prueba AUDIT	Omega de McDonald
Ítem 1	.862
Ítem 2	.849
Ítem 3	.841
Ítem 4	.837
Ítem 5	.841
Ítem 6	.851
Ítem 7	.842
Ítem 8	.839
Ítem 9	.855
Ítem 10	.856

Se visualiza que para los resultados del AAQ-II, la carga factorial de los ítems no disminuye por debajo de .70 al eliminar ninguno de los ítems. podemos encontrar los mismos resultados del coeficiente en los ítems del AUDIT.

Adicionalmente a eso, en la tabla 5.4, se presentan los estadísticos de los puntajes obtenidos en un análisis factorial confirmatorio en base al supuesto de que la prueba AUDIT es unidimensional (Aramburú, 2017).

Tabla 5.4

Estadísticos del análisis factorial confirmatorio para la prueba AUDIT

Estadístico	Valor
CFI	.979
RMSEA	.064

Como puede verse, el CFI se encuentra por encima del límite aceptable de .90. Por lo tanto, se concluye que la estructura interna de la prueba es consistente con el modelo unidimensional descrito por Aramburú (2017).

5.2 Análisis descriptivo de los resultados

Los estadísticos descriptivos de las dos pruebas (AAQ-II y AUDIT) pueden verse en la Tabla 5.5

Tabla 5.5

Estadísticos descriptivos de las pruebas AAQ-II y AUDIT

Estadístico / Género	Prueba AAQ-II	Prueba AUDIT
Media		
Masculino	16.6	6.95
Femenino	18.7	4.23
Población Total	17.8	5.51
Desviación estándar		
Masculino	8.22	5.82
Femenino	9.13	3.91
Población Total	8.76	5.08
Kurtosis		
Masculino	1.41	4.20.
Femenino	.38	2.78
Población Total	.74	5.24

(continúa)

(continuación)

Estadístico / Género	Prueba AAQ-II	Prueba AUDIT
Asimetría		
Masculino	1.22	1.76
Femenino	.88	1.57
Población Total	1.03	1.90

5.3 Consistencia demográfica de la muestra entre géneros

Se evaluó la distribución de la edad en la muestra como parte del análisis demográfico de la misma. Esto se realizó debido al cambio de comportamiento relacionado al consumo de alcohol con la edad mencionado por Hernández-Vázquez et al (2022). Los resultados se presentan en la tabla 5.6.

Tabla 5.6

Distribución de edad en la muestra

Población	Mínima	Mediana	Máxima	IQR
Hombres	18	32	68	13
Mujeres	20	36	87	26
Total	18	33	87	16

Se evaluó la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra masculina y femenina respecto a la edad. Una prueba de normalidad Shapiro-Wilk muestra que la edad no está normalmente distribuida para ambos géneros ($p < .01$ en ambos casos).

Debido a esto, para evaluar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas distribuciones se utiliza la prueba no-paramétrica de U de Mann-Whitney (McKnight & Najab, 2010). Esta tiene como hipótesis nula que ambas muestras evaluadas tienen una distribución similar. Al realizar esta prueba, se encuentra que la distribución femenina tiene una mediana de edad estadísticamente superior a la masculina ($U=15701$, $p < 0.01$).

5.4 Evaluación de las hipótesis

Para la evaluación de las hipótesis de la presente investigación, es necesario determinar si la muestra distribuye normalmente a nivel de la población, mediante la prueba estadística de Shapiro-Wilk. Los resultados de esta prueba para los puntajes obtenidos de cada cuestionario se muestran en la tabla 5.7.

Tabla 5.7

Puntajes obtenidos en la prueba Shapiro-Wilk por género en las pruebas AAQ-II y AUDIT

Prueba / Género	Shapiro-Wilk W	p
AAQ-II		
Masculino	.896	<.001
Femenino	.931	<.001
Población General	.916	<.001
AUDIT		
Masculino	.848	<.001
Femenino	.843	<.001
Población General	.830	<.001

Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk indican que los valores obtenidos no se ajustan a una distribución normal a cualquier nivel de análisis ($p < .001$). En base a esto, no se puede utilizar la correlación de Pearson como prueba de correlación debido a que, al no poder utilizarse sobre variables con distribución normal, se aumenta la tasa de error tipo I y se reduce el poder estadístico (Bishara & Hittner, 2012; Onwuegbuzie & Daniel, 1999). Por lo tanto, para la evaluación de las asociaciones, se empleó la correlación de Spearman, la cual no depende de la distribución probabilística subyacente de la data (Zar, 2005).

En la tabla 5.8 se muestra el resultado de la correlación de Spearman entre los puntajes de la prueba de AAQ-II y el AUDIT. Los resultados indican que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables ($p > .05$) en la población total evaluada. En la tabla 5.8, se pueden observar los resultados al separar el análisis en base al género.

Tabla 5.8

Puntajes obtenidos en la prueba de correlación de Spearman para las pruebas AAQ-II y AUDIT

Población	r de Spearman	p
General	.106	.054
Masculina	.232	.004
Femenina	.046	.545

Para la población femenina, se mantienen los hallazgos de la población general. Los resultados demuestran que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables de estudio ($r = .046$, $p > .05$). No obstante, para la población masculina se encuentra evidencia para afirmar que existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre las variables de interés ($r = .232$, $p < .05$). El valor del estadístico r nos indica además el tamaño del efecto, el cual, por encontrarse por debajo de .4 y por encima de .20, debe considerarse como débil (Akoglu, 2018; Schober et al., 2018; Taylor, 1990).



CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo hallar el grado de correlación que existe entre las variables de consumo problemático de alcohol e inflexibilidad psicológica. Para lograr el objetivo, se evaluó una muestra total de 330 participantes adultos de Lima Metropolitana, de los cuales 155 eran participantes masculinos y 175 eran participantes femeninos.

Durante la evaluación de los puntajes obtenidos, se determinó que no era posible afirmar que estos estaban normalmente distribuidos mediante una prueba de Shapiro-Wilk ($p < .01$). Esto viola los supuestos del correlativo de Pearson. Por lo tanto, para el análisis de correlación se hizo uso de la correlación de Spearman.

La falta de normalidad se debe a que los resultados tienen una muy alta prevalencia en los puntajes más bajos. Esto da a entender que la población evaluada carece de una relación patológica con el alcohol y tampoco presenta conductas nocivas como producto de la inflexibilidad psicológica. Esta característica puede deberse al método de muestreo por conveniencia empleado en la presente investigación. Al ser no probabilístico, es menos factible obtener una distribución normal de los resultados.

Los resultados arrojaron que no existe suficiente evidencia para determinar una correlación entre las variables de estudio a nivel de la muestra general ($r = .106$, $p > .05$). Sin embargo, al realizar el análisis por género, se encontró que sí existe evidencia suficiente de una correlación débil entre las variables para la población masculina ($r = .232$, $p < .01$), mas no para la población femenina ($r = .046$, $p > .05$). Concretamente, las puntuaciones de la población masculina ofrecieron que aquellos que puntuaban más alto en el AAQ-II estarían entre similarmente posicionados respecto a sus puntuaciones del AUDIT. Conversamente, esto no se daba en la muestra femenina.

Asimismo, los hallazgos se alinean con lo mencionado en el marco teórico respecto a cómo las mujeres suelen puntuar ligeramente más bajo en instrumentos de flexibilidad psicológica (Bond et al., 2011; Eisenbeck & Szabó-Bartha, 2018; Karekla & Michaelides, 2017; Žuljević et al., 2020). Debido a que el AAQ-II mide el constructo opuesto - es decir, la inflexibilidad - es de esperarse ver puntuaciones más altas en esta prueba para las mujeres.

Adicionalmente, como se mencionó en el marco teórico, los factores que influyen

en el consumo de alcohol en la población femenina pueden explicar por qué la media obtenida del AUDIT es más baja en esta población. Se sabe que los riesgos a los cuales una mujer está expuesta en un estado de ebriedad son mayores a los que está expuesto un hombre (Devries et al., 2014; Erol & Karpyak, 2015; Schulte et al., 2009). De la misma manera, los roles sociales y expectativas de género juegan también un papel disuasivo en el consumo de alcohol para las mujeres (Alonso & Liria, 2018).

Por otro lado, las variables disuasivas que afectan a las mujeres son menos prevalentes en los hombres y, por lo tanto, esto puede explicar la correlación más marcada entre las dos variables a estudiar en la muestra masculina. De hecho, en este caso, algunos de estos factores están invertidos. Existe una expectativa social de género que actúa como una fuerza que motiva el consumo de alcohol a manera opuesta de la expectativa femenina (Erol & Karpyak, 2015; Londoño et al., 2005).

No obstante, los resultados obtenidos se posicionan en contra de lo detallado en la discusión del metaestudio realizado por Erol & Karpyak (2015). El patrón encontrado en la muestra de la presente parece indicar que el deseo de evitar experimentar emociones negativas juega un papel en el consumo elevado de alcohol en la población masculina. Sin embargo, las limitaciones de su investigación reportan que la mayoría de estudios analizados eran basados en poblaciones estadounidenses y de Europa occidental, por lo que reconocen que los factores culturales de otras poblaciones pudieran hacer que sus hallazgos no sean generalizables (Erol & Karpyak, 2015).

Estudios en la región latinoamericana muestran que la población masculina tiene expectativas positivas de los efectos que conlleva el consumo de alcohol. El alcohol es percibido como un mecanismo de facilitación social y una vía para la reducción de la tensión psicológica (Londoño et al., 2005). Las expectativas respecto al consumo pueden ser positivas, lo cual se alinea con lo propuesto por Erol y Karpyak (2015), pero estas percepciones infieren un estado inicial de tensión y dificultad social que desea evitarse.

Sin embargo, la presencia de una correlación débil en la población masculina sugiere que la relación entre ambas variables está mediada por una serie de factores los cuales el presente estudio no controla. Estos incluyen la ocupación, edad, ingreso económico, grado de instrucción e incluso acceso a seguro médico privado (Hernández-Vásquez et al., 2022).

De particular atención es la variable de edad en esta muestra. Se reporta que la distribución de edad femenina es mayor que la masculina de manera estadísticamente significativa ($p < .01$). Esto puede contribuir a la diferencia hallada en los grados de

correlación para las variables de interés entre los resultados femeninos y masculinos. Según lo mencionado por Hernández-Vásquez et al (2022), el consumo tiende a disminuir con el aumento de edad. Dado que la población femenina tiene una edad significativamente mayor que la masculina, es de esperarse que su consumo sea menor.

Finalmente, respecto a la terapia ACT como posible tratamiento del consumo problemático de alcohol, los resultados obtenidos no son lo suficientemente contundentes como para recomendar su uso en la población afectada. La existencia de la correlación en la población masculina pudiera sugerir que este tipo de terapia ofrece ventajas, pero la debilidad de la misma no permite justificar su uso de manera definitiva.

A pesar de los resultados obtenidos y los hallazgos que estos traen respecto a la comprensión de la relación entre las variables estudiadas, el presente estudio cuenta con una serie de limitaciones.

Primero, el muestreo no probabilístico utilizado puede introducir sesgos debido a que las personas seleccionadas pueden ser poco representativas de la población adulta total de Lima Metropolitana (Martínez-Mesa et al., 2016), la cual alcanza los 10 millones de habitantes (INEI, 2022). Por consiguiente, es recomendable realizar más investigaciones que abarquen una población mayor en aras de obtener una visión más clara de la relación que existe entre estas dos variables en adultos de Lima Metropolitana.

En concreto, la población evaluada fue alcanzada mediante la difusión del formulario a través de redes sociales. Por lo tanto, las características de la muestra tendrán similitud con las poblaciones que acceden a estas redes. Para ver la encuesta y poder participar en ella, es indispensable tener una conexión a internet, lo cual introduce sesgos sistemáticos en la población participante.

Segundo, debido a que los datos han sido recogidos de manera virtual, existe la posibilidad de que los resultados estén sujetos a un margen de error, producto de la metodología en sí. Si bien otros estudios han demostrado que existe igual similitud entre los datos recogidos mediante pruebas físicas y pruebas digitales, estos muestran márgenes de varianza dentro de dicha similitud que deben tomarse en cuenta al momento de analizar los datos recogidos en la presente (Elbin et al., 2011).

Debido a esto, para concretamente evaluar el impacto de la aplicación de esta metodología de evaluación, se evalúan los resultados de la desviación estándar contra aplicaciones presenciales de estas pruebas en otras investigaciones realizadas en Lima Metropolitana.

En el caso del AUDIT, para una población de 153 estudiantes universitarios de Lima Metropolitana (Aramburú, 2017), los valores obtenidos son similares ($\sigma=5.08$ en ambos casos). Otra investigación para una población de 153 estudiantes de una universidad privada (San Roman, 2021) demostró tener una desviación estándar mayor que la obtenida en la presente ($\sigma=6.47$). Por otro lado, una tercera investigación realizada en 193 estudiantes de una universidad privada (Oneto, 2019) demostró tener una desviación estándar ligeramente menor que la obtenida en la presente ($\sigma=4.78$).

En el caso del AAQ-II, para una población de 300 participantes adultos de Lima Metropolitana (Aramburú, 2020), los valores obtenidos son más elevados para la presente con respecto a la investigación en comparación. ($\sigma=8.76$ para la presente, $\sigma=7.25$ para Aramburú). Otra investigación (Roman, 2021), realizada en 259 estudiantes universitarios, muestra una desviación estándar mayor a la obtenida en la presente ($\sigma=10.74$). Finalmente, una tercera investigación realizada con una muestra de 150 estudiantes (Quilla, 2018) obtuvo una desviación estándar ligeramente más elevada que la presente ($\sigma=9.55$).

Debido a esto, es razonable concluir que el método virtual de aplicación no ha contribuido a una varianza significativamente más alta en los datos obtenidos de las pruebas.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones a las que se llega en la presente investigación.

- Existe una correlación débil entre el consumo de alcohol problemático y la inflexibilidad psicológica para la población masculina.
- Las variables que explican la relación entre el consumo de alcohol y la inflexibilidad psicológica en la población femenina son más extensas de las que cubre el estudio.
- Dado que en la población masculina existe una correlación débil entre las variables, el uso de la terapia ACT puede ser un posible tratamiento o herramienta preventiva para disminuir el consumo problemático de alcohol junto con otros tratamientos.

En el análisis estadístico descriptivo se llega a las siguientes conclusiones:

- La población femenina estudiada muestra puntajes más altos de inflexibilidad psicológica que la masculina.
- La población masculina estudiada muestra puntajes más altos de consumo de alcohol.
- Los resultados de ambos instrumentos en la población muestreada no se adhieren a una distribución normal, sino que tienen un sesgo hacia los puntajes menores, sugiriendo que la muestra está libre de patologías, en su mayoría.
- La población femenina tiene una distribución de edad superior a la masculina, lo que podría explicar el menor consumo problemático de alcohol detectado en la presente.

RECOMENDACIONES

Ante las conclusiones y los hallazgos de la presente investigación, se proponen las siguientes recomendaciones para el mejor entendimiento de la dinámica que existe entre las variables de estudio.

- Realizar investigaciones con muestras más numerosas y con muestreo probabilístico para permitir que los resultados puedan ser generalizados.
- Realizar investigaciones en muestras con consumo patológico de alcohol para evaluar si esto afecta la fuerza de las correlaciones.
- Realizar investigaciones en torno a la correlación entre el uso de sustancias psicoactivas y la inflexibilidad psicológica para comprender si la naturaleza de la sustancia consumida como medio de evitación influye en los hallazgos encontrados.
- Realizar investigaciones sobre las diferencias entre poblaciones clínicas y no clínicas respecto a la inflexibilidad psicológica.

REFERENCIAS

- Abreu, A. M., Braz de Lima, J. M., Matos, L. N., & Pillon, S. C. (2010). Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia [Uso de alcohol en accidentes de tránsito: estudio del nivel de alcoholemia]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(spe), 513–520. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000700005>
- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients [Guía del usuario de coeficientes de correlación]. *Turkish journal of emergency medicine*, 18(3), 91–93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Alonso, V. F., & Liria, I. C. (2018). Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. NURE investigación: *Revista Científica de enfermería*, 15(96), 2.
- Aramburú, R. (2017). *Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima. <http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/4762>
- Aramburú, R. (2020). *Adaptación y validación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) a la población de adultos de Lima Metropolitana, Perú* [Tesis de maestría inédita]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing* [Normas para las pruebas educativas y psicológicas]. AERA. Bador, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J., B., Monteiro, M. G., & Organización Mundial de la Salud (2001). *AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>
- Barry, A.E., King, J., Sears, C., Harville, C., Bondoc, I., & Joseph, K. (2016). Prioritizing alcohol prevention: Establishing alcohol as the gateway drug and linking age of first drink with illicit drug use [Priorizando la prevención de alcohol: Estableciendo el alcohol como la droga de entrada y vinculando la edad del primer consumo con el uso de drogas ilícitas]. *Journal of School Health*, 86(1), 31-38. <https://doi.org/10.1111/josh.12351>
- Begg, D., Brookland, R., & Connor, J. (2017). Associations of repeated high alcohol use with unsafe driving behaviors, traffic offenses, and traffic crashes among young drivers: Findings from the New Zealand Drivers Study [Asociaciones del consumo elevado repetido de alcohol con conductas de conducción inseguras, infracciones de tráfico y accidentes de tráfico entre conductores jóvenes: Hallazgos del Estudio de conductores de Nueva Zelanda]. *Traffic injury prevention*, 18(2), 111–117. <https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1224345>

- Bishara, A. J., & Hittner, J. B. (2012). Testing the significance of a correlation with nonnormal data: comparison of Pearson, Spearman, transformation, and resampling approaches [Probando la importancia de una correlación con datos no normales: comparación de los enfoques de Pearson, Spearman, transformación y remuestreo]. *Psychological methods*, *17*(3), 399–417. <https://doi.org/10.1037/a0028087>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance [Propiedades psicométricas preliminares del Cuestionario de Aceptación y Acción - II: Una medida revisada de flexibilidad y aceptación psicológicas. Terapia de comportamiento]. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borsboom, D., Epskamp, S., Kievit, R. A., Cramer, A. O., & Schmittmann, V. D. (2011). Transdiagnostic networks: commentary on Nolen-Hoeksema and Watkins (2011) [Redes transdiagnósticas: comentario sobre Nolen-Hoeksema y Watkins (2011)]. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 610-614. <https://doi.org/10.1177/1745691611425012>
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept [Evitación experiencial como un concepto contextual funcional]. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107–136). The Guilford Press.
- Burge, S. K., Katerndahl, D. A., Becho, J., Wood, R., Rodriguez, J., & Ferrer, R. (2019). The dynamics of partner violence and alcohol use in couples: Research methods [La dinámica de la violencia de pareja y el consumo de alcohol en las parejas: métodos de investigación]. *Violence and victims*, *34*(1), 136–156. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.34.1.136>
- Byrne, S. P., Haber, P., Baillie, A., Costa, D., Fogliati, V., & Morley, K. (2019). Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: Should we be using third wave therapies? [Revisiones sistemáticas del mindfulness y de la terapia de aceptación y compromiso para el trastorno por consumo de alcohol: ¿Deberíamos utilizar terapias de tercera ola?]. *Alcohol and alcoholism*, *54*(2), 159–166. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agy089>
- Cabanillas-Rojas, W. (2020). Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *37*(1), 148-154. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5151>
- Campo-Arias, A., Villamil-Vargas, M., & Herazo, E. (2013). Confiabilidad y dimensionalidad del AUDIT en estudiantes de medicina. *Psicología Desde El Caribe*, *30*(1), 21-35. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4377>

- Castro, C., Guerrero, C., & Inga, K. (2020). *Uso de bebidas alcohólicas en jóvenes de la población urbano peruana: Estudio comparativo 2015 – 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/8459>
- Chick, J. (2019). Unhelpful prescribing in alcohol use disorder: Risk and averting risk [Prescripción médica de poca utilidad en el trastorno por consumo de alcohol: Riesgo y prevención del riesgo]. *Alcohol and alcoholism*, 54(1), 1–4.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agy090>
- Churchill, R., Moore, T. H., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., Shinohara, K., Imai, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression [Terapias cognitivas y conductuales de 'tercera ola' contra el tratamiento usual para la depresión]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2>
- Cohen, J. (1992). A power primer [Un manual de poder estadístico]. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Contel, M., Gual, A., & Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.613>
- Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions [Enfoques transdiagnósticos a los problemas de salud mental: Estado actual y direcciones futuras]. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179–195.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Das, A., Gjerde, H., Gopalan, S. S., & Normann, P. T. (2012). Alcohol, drugs, and road traffic crashes in India: A systematic review [Alcohol, drogas y accidentes de tráfico en India: Una revisión sistemática]. *Traffic Injury Prevention*, 13(6), 544–553. <https://doi.org/10.1080/15389588.2012.663518>
- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., & Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis [Victimización por violencia de pareja íntima y consumo de alcohol en mujeres: una revisión sistemática y metanálisis]. *Addiction*, 109(3), 379-391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>
- Ehman, A. C., & Gross, A. M. (2019). Acceptance and commitment therapy and motivational interviewing in the treatment of alcohol use disorder in a college woman: A case study [Terapia de aceptación y compromiso, y la entrevista motivacional en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol en una mujer universitaria: Un estudio de caso]. *Clinical Case Studies*, 18(1), 36–53.
<https://doi.org/10.1177/1534650118804886>

- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change* [Terapia de aceptación y compromiso para los trastornos de ansiedad: una guía de tratamiento para el uso de la atención plena, la aceptación y el cambio de comportamiento basado en valores]. New Harbinger Publications.
- Eisenbeck, N., & Szabó-Bartha, A. (2018). Validation of the Hungarian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) [Validación de la versión Húngara del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.007>
- Elbin, R. J., Schatz, P., & Covassin, T. (2011). One-year test-retest reliability of the online version of ImPACT in high school athletes [Fiabilidad test-retest durante un año de la versión en línea del ImPACT en atletas de secundaria]. *The American Journal of Sports Medicine*, 39(11), 2319–2324. <https://doi.org/10.1177/0363546511417173>
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations [Diferencias relacionadas al sexo y género en el uso de alcohol y sus consecuencias: Conocimiento contemporáneo y consideraciones para futuras investigaciones]. *Drug and alcohol dependence*, 156, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- Esser, M. B., & Jernigan, D. H. (2018). Policy approaches for regulating alcohol marketing in a global context: A public health perspective [Enfoques de políticas para regular la comercialización del alcohol en un contexto global: Una perspectiva desde la salud pública]. *Annual review of public health*, 39, 385–401. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014711>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses [Análisis de la potencia estadística utilizando G*Power 3.1: Pruebas para el análisis de correlación y regresión]. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers [Manual del tamaño de efecto: Una guía para clínicos e investigadores]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532-538. <https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Flanagan, P., & Kokotailo, P. (1999). Adolescent pregnancy and substance use [Embarazo adolescente y uso de sustancias]. *Clinics in perinatology*, 26(1), 185–200. [https://doi.org/10.1016/S0095-5108\(18\)30078-2](https://doi.org/10.1016/S0095-5108(18)30078-2)
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise [Una investigación empírica de las relaciones jerárquicas versus

de distinción en un ejercicio de ACT basado en uno mismo]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 373-388.

- Fusar-Poli P. (2019). TRANSD recommendations: Improving transdiagnostic research in psychiatry [Recomendaciones de TRANSD: Mejorando la investigación transdiagnóstica en psiquiatría]. *World Psychiatry*, 18(3), 361–362. <https://doi.org/10.1002/wps.20681>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: A systematic review [Psiquiatría transdiagnóstica: Una revisión sistemática]. *World Psychiatry*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gálvez-Buccollini, J. A., Paz-Soldán, V. A., Herrera, P. M., DeLea, S., & Gilman, R. H. (2009) Gender differences in sex-related alcohol expectancies in young adults from a peri-urban area in Lima, Peru. *Rev Panam Salud Publica*, 25(6), 499-505.
- García, M. Á., Novalbos, J. P., Martínez, J. M., & O’Ferrall, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4), 194-204.
- George, B., & de Guzman, R. G. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy based intervention program (ACTP) on perceived stress and emotion regulation among alcoholics in Kerala, India [Efectividad del programa de intervención basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACTP) sobre el estrés percibido y la regulación emocional entre alcohólicos en Kerala, India]. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 10-18.
- Guclu, Y. A., & Can, H. (2018). Ethnic background and alcohol use of the spouse emerge as major risk factors for domestic violence: An observational study from Turkey [El origen étnico y el consumo de alcohol del cónyuge emergen como los principales factores de riesgo de violencia doméstica: Un estudio observacional de Turquía]. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(12), 1782–1786.
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research [Categorías versus dimensiones de personalidad y psicopatología: Una revisión cuantitativa de la investigación taxométrica]. *Psychological Medicine*, 42(5), 903-920. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>
- Hayes, J. R. (1996). A new framework for understanding cognition and affect in writing [Un nuevo marco para la comprensión de lo cognitivo y lo emocional en la escritura]. En C. M. Levy & S. Ransdell (Eds.), *The Science of Writing: Theories, Methods, Individual Differences, and Applications*, (pp. 1-27). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203811122/science-writing-michael-levy-sarah-ransdell>

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition* [Teoría del marco relacional: una explicación post-Skinneriana del lenguaje y la cognición humana]. Plenum Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. [Terapia de aceptación y compromiso: modelo, procesos y resultados]. *Behavior Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* [Terapia de aceptación y compromiso: Una aproximación experimental al cambio de comportamiento]. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2011) *Acceptance and Commitment therapy. The process and practice of mindful change* [Terapia de aceptación y compromiso. El proceso y práctica de cambio consciente]. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2014) *Acceptance and Commitment therapy. The process and practice of mindful change* [Terapia de aceptación y compromiso. El proceso y práctica de cambio consciente]. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model [Medición de la evitación experiencial: una prueba preliminar de un modelo de trabajo]. *The Psychological Record*, *54*(4), 553-578. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03395492>
- Heckers, S., & Kendler, K. S. (2020). The evolution of Kraepelin's nosological principles [La evolución de los principios nosológicos de Kraepelin]. *World Psychiatry*, *19*(3), 381-388. <https://doi.org/10.1002/wps.20774>
- Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Hernández-Vásquez, A., Chacón-Torrico, H., Vargas-Fernández, R., Nicolás, L., & Bendezu-Quispe, G. (2022). Gender differences and the factors associated with alcohol binge drinking: A population-based analysis in a Latin American Country [Diferencias de género y los factores asociados con el consumo excesivo de alcohol: Un análisis basado en la población en un país Latino Americano]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(9), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094931>
- Hoff, P. (2015). The Kraepelinian tradition [La tradición Kraepeliniana]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(1), 31–41. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/phoff>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives [Criterios de corte de

índices de ajuste en el análisis de estructura de covarianza: Criterios convencionales versus nuevas alternativas]. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision medicine for psychiatry [Proyecto de Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) del NIMH: Medicina de precisión para la psiquiatría]. *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395–397. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2017*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). Lima supera los 10 millones de habitantes al año 2022. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-006-2022-inei.pdf>
- Jaramillo, K. P., López, V. M., & Sánchez, R. N (2022). Rasgos de personalidad e inflexibilidad psicológica en adictos al alcohol. *Revista Científica de Psicología Eureka*, 19(1), 22-38.
- Kaplan, J., Bergman, A. L., Green, K., Dapolonia, E., & Christopher, M. (2020). Relative impact of mindfulness, self-compassion, and psychological flexibility on alcohol use and burnout among law enforcement officers [Impacto relativo del mindfulness, la autocompasión y la flexibilidad psicológica sobre el consumo de alcohol y el burnout entre los agentes del orden]. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(12), 1190–1194. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0178>
- Karekla, M., & Michaelides, M. P. (2017). Validation and invariance testing of the Greek adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire-II across clinical vs. nonclinical samples and sexes [Validación y pruebas de invarianza de la adaptación griega del Cuestionario de Aceptación y Acción – II a través de muestras clínicas vs muestras no clínicas y sexos]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.006>
- Knox, J., Hasin, D. S., Larson, F. R. R., & Kranzler, H. R. (2019). Prevention, screening, and treatment for heavy drinking and alcohol use disorder [Prevención, detección y tratamiento para el consumo excesivo de alcohol y para el trastorno por consumo de alcohol]. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1054–1067. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30213-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30213-5)
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders [Metanálisis inicial de la terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias]. *Drug and alcohol dependence*, 155, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Lewis-Laietmark, C., Wettlaufer, A., Shield, K. D., Giesbrecht, N., April, N., Asbridge, M., Dell, C., Rehm, J., & Stockwell, T. (2017). The effects of alcohol-related

harms to others on self-perceived mental well-being in a Canadian sample [Efectos de daños a terceros relacionados con el alcohol sobre el bienestar mental percibido en una muestra canadiense]. *International Journal of Public Health*, 62, 669–678. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0924-7>

- Londoño, C., García, W., Valencia, S.C., & Vinaccia, S. (2005) Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21(2), 259-267. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/26851/26051>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta*, 42, (165-66).
- Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández-López, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 333-371. https://www.researchgate.net/publication/39148553_Alcoholismo_evitacion_experiencial_y_terapia_de_aceptacion_y_compromiso_ACT
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C., & Wilson, K. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso*. Pirámide.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists* [Aprendiendo ACT: manual de capacitación en habilidades de terapia de aceptación y compromiso para terapeutas]. New Harbinger Publications.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, S. K. (2015). Thinking about rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema [Pensando sobre la rumiación: Las contribuciones académicas y el legado intelectual de Susan Nolen-Hoeksema]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 1–22. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112733>
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Pereira, R., Rangel, R., & Luiz, J. (2016). Sampling: How to select participants in my research study? [Muestreo: ¿Cómo seleccionar a los participantes en mi estudio de investigación?] *Anais Brasileiros Dermatologia*, 91(3), 326-330. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20165254>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness [El DSM-III y la revolución en la clasificación de las enfermedades mentales]. *Journal of The History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment* [Teoría de pruebas: Un tratamiento unificado]. Lawrence Erlbaum Associates.

- McGorry, P. D., & Nelson, B. (2019). Transdiagnostic psychiatry: Premature closure on a crucial pathway to clinical utility for psychiatric diagnosis [Psiquiatría transdiagnóstica: Cierre prematuro en una vía crucial hacia la utilidad clínica para el diagnóstico psiquiátrico]. *World Psychiatry*, *18*(3), 359–360. <https://doi.org/10.1002/wps.20679>
- McKnight, P. E., & Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test [Prueba U de Mann-Whitney]. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-1. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0524>
- Mellin, M. G., & Padrós, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *21*(1), 81-91. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7782705>
- Ministerio de Salud. (2011). *Plan estratégico para la reducción del consumo nocivo de alcohol 2011 – 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321686-plan-estrategico-para-la-reduccion-del-consumo-nocivo-de-alcohol-2011-2021-documento-tecnico>
- Ministerio de Salud. (2020, 26 julio). *Atienden más de 14 mil casos por consumo de sustancias adictivas en lo que va del 2020*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/189007-atienden-mas-de-14-mil-casos-por-consumo-de-sustancias-adictivas-en-lo-que-va-del-2020>
- Musayón-Oblitas, Y., Asmad-Montesinos, C., Musayón-Oblitas, J. (2010). Muerte prematura por el consumo de alcohol: estimaciones basadas en datos del Instituto de Medicina Legal. *Revista de Enfermería Herediana*, *3*(2), 72-81. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/febrero/alcohol.pdf>
- Musayón-Oblitas, Y., & Meléndez-De La Cruz, R (2016). Muerte prematura por el consumo de alcohol: estudio en base a datos de mortalidad del Perú. *Revista de Enfermería Herediana*, *9*(2), 73-83. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/2.pdf>
- Nair, U. R., Vidhukumar, K., & Prabhakaran, A. (2016). Age at onset of alcohol use and alcohol use disorder: Time-trend study in patients seeking de-addiction services in Kerala [Edad de inicio del consumo de alcohol y trastorno por consumo de alcohol: Estudio de tendencias en el tiempo en pacientes que buscan servicios para la eliminación de la adicción en Kerala]. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *38*(4), 315–319. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.185958>
- Nogueira, G., Carvalho, D., Siqueira, C., Borges de Souza, P. R., da Silva, W., Sisinho, L., & Landmann, C. (2016). Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013 [Consumo abusivo de alcohol e implicancia en accidentes de tránsito en la población brasilera]. *Ciencia & saude coletiva*, *21*(12), 3777–3786. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.25692015>
- Nolen-Hoeksema, S., & Corte, C. (2004). Gender and self-regulation [Género y autorregulación]. En R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 411–421). The Guilford

Press.

- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories [Una heurística para desarrollar modelos transdiagnósticos de psicopatología: Explicando la multifinalidad y las trayectorias divergentes]. *Perspectives on Psychological Science: A journal of the Association for Psychological Science*, 6(6), 589–609.
<https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Oneto, C. (2019). *Satisfacción familiar, estado afectivo y consumo problemático de alcohol en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima.
<http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/10630>
- Onwuegbuzie, A. J., & Daniel, L. G. (1999). *Uses and Misuses of the Correlation Coefficient* [Usos y malos usos del coeficiente de correlación].
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED437399.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ospina-Díaz, J. M., Manrique-Abril, F. G., & Ariza, N. E. (2012). Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(2), 276-282.
- Panova, O. V., Kulikov, A. M., Berchtold, A., & Suris, J. C. (2016). Factors associated with unwanted pregnancy among adolescents in Russia [Factores asociados con el embarazo no deseado entre adolescentes en Rusia]. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5), 501–505.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.04.004>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges [Terapias de tercera generación: Logros y desafíos]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291–310.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723643008>
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Quilla, R. B. (2018). *La autoestima y su relación con la flexibilidad psicológica en una muestra de estudiantes universitarios de la Universidad Alas Peruanas en el distrito de Lima, durante el año 2016* [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas] Repositorio institucional de la Universidad Alas peruanas.
<https://hdl.handle.net/20.500.12990/4760>
- Rehm, J., Shield, K. D., & Weiderpass, E. (2020). Alcohol consumption. A leading risk factor for cancer [Consumo de Alcohol. Un factor de riesgo de cáncer importante] En C. P. Wild, E. Weiderpass & B. W. Stewart (Eds.), *World*

Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention (pp. 68-76).
International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/586>

- Roman, D. A. (2021) Ansiedad y evitación experiencial en estudiantes de Psicología de una universidad estatal de Lima Metropolitana [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de Tesis Digitales. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16320>
- Romero, B. M., & García-Lecumberri, C. (2018, 9 -20 de abril) *Diferencias de género en inflexibilidad psicológica y su relación con aspectos clínicos en patología dual*. [Congreso]. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría.
- Rosen, K. D., Curtis, M. E., & Potter, J. S. (2020). Pain, psychological flexibility, and continued substance use in a predominantly hispanic adult sample receiving methadone treatment for opioid use disorder [Dolor, flexibilidad psicológica, y consumo continuo de sustancias en una muestra adulta predominantemente hispana que recibe tratamiento con metadona para el trastorno por consumo de opioides]. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, Artículo 107681. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107681>
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C., Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198(1), 11-14.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II [Midiendo la evitación experiencial y la flexibilidad psicológica: Versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción - II]. *Psicothema*, 25(1), 123-129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Samokhvalov, A. V., Popova, S., Room, R., Ramonas, M., & Rehm, J. (2010). Disability associated with alcohol abuse and dependence [Discapacidad asociada con el consumo abusivo de alcohol y la dependencia al mismo]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(11), 1871–1878. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01275.x>
- San Roman, F. D. (2021). *Relación entre rumiación y consumo problemático de alcohol en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional de la Universidad de Lima.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation [Coeficientes de correlación: Uso apropiado e interpretación]. *Anesthesia and analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>

- Schulte, M. T., Ramo, D., & Brown, S. A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents [Diferencias de género en los factores que influyen en el consumo de alcohol y la progresión del consumo entre adolescentes]. *Clinical psychology review*, 29(6), 535-547. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.003>
- Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use [Enfermedades crónicas y condiciones relacionadas al consumo de alcohol]. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 155–173. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908707/>
- Sun, S. V., & Manuck, T. A. (2019). Alcohol in pregnancy: Not recommended at any gestational age [Alcohol en el embarazo: No recomendado a ninguna edad gestacional]. *BJOG*, 126(12), 1455. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15918>
- Taylor, R. (1990). Interpretation of the Correlation Coefficient: A Basic Review [Interpretación del Coeficiente de Correlación]. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*, 6(1), 35–39. <https://doi.org/10.1177/875647939000600106>
- The Jamovi Project (2021). *jamovi* (Versión 1.6) [Software de computadora]. <https://www.jamovi.org/>
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: A pilot matched control trial [Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol y el trastorno afectivo comórbido: Un ensayo piloto de control emparejado]. *Behavior Therapy*, 46(6), 717–728. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.005>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering [RFT para la práctica clínica: Tres estrategias principales para comprender y tratar el sufrimiento humano]. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254-272). WILEY Blackwell.
- Universitat Rovira i Virgili (2021) *Factor* (Versión 12.01.02). [Software de computadora] <https://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor/Download.html>
- van Amelsvoort, T. A. M. J., Klaassen, M. C., & van den Heuvel, O. A. (2018). Transdiagnostic psychiatry: work in progress [Psiquiatría transdiagnóstica: Trabajo en progreso]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(3), 194–198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29521408/>
- Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T (2017) El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 15(1). 625-627. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>

- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention* [Dominando la conversación clínica: el lenguaje como intervención]. The Guilford Press.
- Weile, L. K. K., Hegaard, H. K., Wu, C., Tabor, A., Wolf, H. T., Kesmodel, U. S., Henriksen, T. B., & Nohr, E. A. (2020). Alcohol intake in early pregnancy and spontaneous preterm birth: A cohort study [Ingesta de alcohol a inicios del embarazo y parto prematuro espontáneo: Un estudio de cohorte]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *44*(2), 511–521.
<https://doi.org/10.1111/acer.14257>
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder [Avances en la ciencia y el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol]. *Science Advances*, *5*(9).
<https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>
- Witvorapong, N., Ratisukpimol, W., & Watanapongvanich, S. (2019). Effectiveness of alcohol-prevention social marketing in the presence of alcohol advertising [Efectividad del marketing social para la prevención del alcohol frente a la publicidad de alcohol]. *Journal of Social Marketing*, *9*(3), 309–328.
<https://doi.org/10.1108/JSOCM-01-2018-0003>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods [RMSEA, CFI y TLI en modelado de ecuaciones estructurales con data categórica ordenada: La historia que cuentan depende de los métodos de estimación]. *Behaviour Research Methods*, *51*, 409–428.
<https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review [Determinantes del embarazo adolescente en África subsahariana: Una revisión sistemática]. *Reproductive Health*, *15*(1), Artículo 15. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>
- Yapijakis, C. (2009). Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine, and Asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine [Hipócrates de Cos, padre de la medicina clínica, y Asclepiades de Bitinia, padre de la medicina molecular]. *In Vivo*, *23*(4), 507–514.
<https://iv.iijournals.org/content/invivo/23/4/507.full.pdf>
- Zar, J. H. (2005). Spearman rank correlation [Coeficiente de correlación de Spearman]. En P. Armitage & T. Colton (Eds.) *Encyclopedia of biostatistics* (2ª. ed.). Wiley.
- Žuljević, D., Rakočević, N., & Krnetić, I. (2020). Testing the model of psychological flexibility in the Serbian cultural context: the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II [Evaluando el modelo de flexibilidad psicológica en el context cultural de Serbia: las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción – II]. *Psihologija*, *53*(2), 161–182.
<https://doi.org/10.2298/PSI191015006Z>



Anexo 1: Consentimiento informado

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Daniel Bedoya y Eduardo Escudero, ex-alumnos de la Universidad de Lima. La meta del estudio es encontrar una relación entre la flexibilidad psicológica y el consumo problemático de alcohol en adultos de Lima Metropolitana. Para hacerlo se usan los cuestionarios de Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), además de una ficha sociodemográfica que recoge su edad y su género biológico.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder todas las preguntas incluidas en los cuestionarios mencionados. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto puede contactarse con Daniel Bedoya Müller y/o Eduardo Escudero a los correos (daniel_bedoya@hotmail.com o eescudero_arens@hotmail.com, respectivamente).

Si acepta participar, le solicitamos responder las preguntas con la mayor sinceridad posible.

Agradecemos su participación.

¿Está de acuerdo con lo establecido en el consentimiento informado? *

Sí

Anexo 2: Ficha Sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

¿Vive usted en Lima Metropolitana? *

Sí

No

¿Qué edad tiene usted? *

Your answer _____

¿Cuál es su género biológico? *

Mujer

Hombre



Anexo 3: Cuestionario de Aceptación y Acción

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

A continuación, encontrará una serie de frases. Por favor indique qué tan cierta es para usted cada una ellas eligiendo un número en la escala del 1 al 7. Utilice la siguiente escala como referencia para responder:

- 1 = Nunca cierto
- 2 = Muy raramente cierto
- 3 = Raramente cierto
- 4 = Algunas veces cierto
- 5 = Frecuentemente cierto
- 6 = Casi siempre cierto
- 7 = Siempre cierto

Mis recuerdos y experiencias dolorosas hacen difícil que viva una vida que pudiera valorar. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca Cierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre Cierto

Tengo miedo de mis emociones. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca Cierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre Cierto

Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y emociones. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca Cierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre Cierto

Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca Cierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre Cierto

Mis emociones me causan problemas en mi vida. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca Cierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre Cierto

Me parece que la mayoría de las personas manejan su vida mejor que yo *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca Cierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre Cierto

Mis preocupaciones interfieren en mi camino al éxito. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca Cierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre Cierto

TABLE

Anexo 4: Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Por cada pregunta, marque la respuesta que mejor se ajuste a usted según su experiencia. Si considera que ninguna de las alternativas se ajusta de manera exacta, igualmente responda teniendo en cuenta la respuesta más adecuada para su caso.

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica (cerveza, ron, pisco, vino, vodka, etc.)? *

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 3 veces por semana
- 4 o más veces por semana

¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal? *

- 0, 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7, 8 o 9
- 10 o más

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en la mañana para sentirse mejor después de haber bebido mucho el día anterior? *

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- A diario o casi a diario

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? *

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- A diario o casi a diario

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? *

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- A diario o casi a diario

¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido porque usted había bebido? *

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? *

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año



Anexo 5: Cronograma del proyecto

Tarea	Sub Tarea	Avance (%)	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Consecución de Resultados		0								
	Disponer las pruebas como herramienta virtual	0								
	Convocar participantes mediante redes sociales (Facebook, Instagram)	0								
	Recopilar resultados	0								
	Preparar cuadro de análisis	0								
Análisis y Evaluación de Datos		0.00								
	Cargar la data a Jamovi	0								
	Estimar coeficiente omega de confiabilidad	0								
	Calcular estadísticos descriptivos	0								
	Evaluación de normalidad de Puntuaciones (Shapiro-Wilk)	0								
	Evaluar R de Pearson entre variables de estudio	0								
	Calcular correlación entre las variables por género y rangos de edad	0								
	Calcular potencia estadística post-hoc	0								
Consolidación de Hallazgos		0								
	Redactar resultados obtenidos	0								
	Evaluar resultados contra los objetivos del estudio	0								
	Redactar conclusiones	0								
		0								
		0								
Presentar hallazgos		0								
	Presentar hallazgos a la Institución	0								



Anexo 6: Costo del proyecto

Concepto	Costo
Costo de Presentación de Proyecto de Tesis	S/.3600.00
Costo de Impresión de Tesis	S/.24.00
Asesor Estadístico	S/.400.00
Costo Total:	S/.4,024.00



Anexo 7: Permisos de autores para el uso de las pruebas

← RV: Consentimiento Informado Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II)

De: [Rafael Aramburu](#)
Enviado: viernes, 15 de octubre de 2021 19:15
Para: [Daniel Bedoya](#)
Asunto: Re: Consentimiento Informado Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II)

Hola Daniel, por supuesto, tienen mi autorización.

Saludos,

Rafael A.

El vie, 15 oct 2021 a las 11:30, Daniel Bedoya (<daniel_bedoya@hotmail.com>) escribió:

Estimado Rafael Aramburú,

Por el siguiente medio solicito permiso para hacer uso de la adaptación realizada por usted al ámbito peruano del Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II). Dicho cuestionario será utilizado para una sustentación de grado de tesis para la Universidad de Lima.

Quedo atento a su pronta respuesta.

Saludos,

Daniel Bedoya

Enviado desde [Correo](#) para Windows

← RV: Consentimiento Informado de Cuestionario de Identificación de Trastorno debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)

De: [Rafael Aramburu](#)
Enviado: viernes, 15 de octubre de 2021 19:15
Para: [Daniel Bedoya](#)
Asunto: Re: Consentimiento Informado de Cuestionario de Identificación de Trastorno debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)

Hola Daniel, por supuesto, tienen mi autorización.

Saludos,

Rafael A.

El vie, 15 oct 2021 a las 11:32, Daniel Bedoya (<daniel_bedoya@hotmail.com>) escribió:

Estimado Rafael Aramburú,

Por el siguiente medio solicito permiso para hacer uso de la adaptación realizada por usted al ámbito peruano del Cuestionario de Identificación de Trastorno debidos al consumo de Alcohol (AUDIT). Dicho cuestionario será utilizado para una sustentación de grado de tesis para la Universidad de Lima.

Quedo atento a su pronta respuesta.

Saludos,

Daniel Bedoya

Anexo 8: Resultados del Turnitin

turnitin

Ejercicios Estudiantes Boletín de notas Bibliotecas Calendario Discusión Preferencias

ESTÁS VIENDO: INICIO > TESIS > REVISIÓN

Acerca de esta página
Esta es la bandeja de entrada de ejercicios. Para ver un trabajo, haga clic en el título del trabajo. Para ver un Reporte de Similitud, seleccione el icono de Reporte de Similitud del trabajo en la columna de similitud. Un icono atenuado indicará que el Reporte de Similitud no se ha generado todavía.

Revisión
BANDEJA DE ENTRADA | ESTÁS VIENDO: TRABAJOS NUEVOS ▾

Entregar archivo Informe de calificación en línea | Editar la configuración del ejercicio | Correo electrónico sin remitentes

	AUTOR	TÍTULO	SIMILITUD	NOTA	RESPUESTA	ARCHIVO	N° DEL TRABAJO	FECHA
<input type="checkbox"/>	Gilmir Guevara	Tesis final	5%	--	--		1934138410	24-oct-2022

Derechos de autor © 1998 - 2023 Turnitin, LLC. Todos los derechos reservados.

[Política de privacidad](#) [Acuerdo de Privacidad](#) [Términos de servicio](#) [Cumplimiento de la protección de datos de la UE](#) [Protección de Copyright](#) [Preguntas frecuentes más frecuentes](#) [Centro de Ayuda](#)

Tesis final.pdf recibo_Tesis final.pdf [Mostrar todo](#)

Escribe aquí para buscar 24°C Nublado 19:20 27/01/2023

Tesis final

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

renati.sunedu.gob.pe

Fuente de Internet

5%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 5%

Excluir bibliografía

Activo